



ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ И ОРГАНИЗАЦИЙ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИХ
МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ ЛИЦАМ, ИМЕЮЩИМ ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ
ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ
DEVELOPMENTAL DISABILITIES PROVIDERS
ФОРМА РАЗРЕШЕНИЯ НА ОСНОВЕ ПРОВЕРКИ БИОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ
BACKGROUND AUTHORIZATION

Инструкции по заполнению формы приведены на обратной стороне.
Пожалуйста, заполняйте отчетливо печатными буквами,
используя ЧЕРНИЛА ЧЕРНОГО ЦВЕТА.

DSHS Background Check
Central Unit
PO Box 45025
Olympia, WA 98504-5025
(360) 902-0299
FAX (360) 902-0292

ЧАСТЬ 1. ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ (ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПОДРЯДЧИКОМ)

1. НАЗВАНИЕ И АДРЕС ОРГАНИЗАЦИИ	2. ИМЯ ЛИЦА И ОРГАНИЗАЦИИ, ОПРЕДЕЛЕННЫХ В КАЧЕСТВЕ АГЕНТОВ ПОДРЯДЧИКА
3. НОМЕР ТЕЛЕФОНА (С МЕЖДУГОРОДНЫМ КОДОМ) ()	4. НОМЕР ФАКСА (С МЕЖДУГОРОДНЫМ КОДОМ) ()

ЧАСТЬ 2. ВСЕ ПУНКТЫ В ЭТОЙ ЧАСТИ ЗАПОЛНЯЮТСЯ ЗАЯВИТЕЛЕМ (ЛИЦОМ, В ОТНОШЕНИИ КОТОРОГО ВЫПОЛНЯЕТСЯ ПРОВЕРКА)

5. НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО)	6. ДАТА РОЖДЕНИЯ	7. ПОЛ <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	8. РАСА (НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО)
ИМЯ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ		ДРУГИЕ ИМЕНА, ПОД КОТОРЫМИ ВАС ЗНАЛИ	
9. ФАМИЛИЯ	12. ИМЯ, ДАННОЕ ПРИ РОЖДЕНИИ	ФАМИЛИЯ	ИМЯ
10. ИМЯ	ОТЧЕСТВО		
11. ОТЧЕСТВО (НАПИШИТЕ «НЕТ», ЕСЛИ НЕТ)	13. ДРУГИЕ ИМЕНА В БРАКЕ (НАПИШИТЕ «НЕТ», ЕСЛИ НЕТ)		
14. ПРОЗВИЩЕ(А)/ДРУГОЕ(ИЕ) ИМЯ(ИМЕНА) (НАПИШИТЕ «НЕТ», ЕСЛИ НЕТ)			

15. Имеете ли вы судимость за какое-либо преступление или имеются ли в отношении вас обвинения на рассмотрении суда? ДА НЕТ
Если «да», опишите преступление, дату вынесения приговора или стадию рассмотрения обвинения, а также укажите штат, где это произошло.

16. Было ли когда-либо признано, что вы проявили сексуально или физически жестокое обращение, небрежность в отношении ребенка или совершеннолетнего человека, оставили без присмотра или эксплуатировали ребенка или совершеннолетнего человека? Да Нет
Если «да», укажите название суда, комитет штата по лицензированию, дисциплинарный комитет или обвинение иждивенца, подробности решения суда и штат, где это произошло.

17. Имел ли место когда-либо факт отказа, прекращения действия, отзыва или приостановки действия вашего договора и/или лицензии по уходу за детьми или совершеннолетними лицами? Да Нет
Если «да», укажите дату, вид договора и/или лицензии, название подрядной организации и/или органа лицензирования, а также штат, где это произошло.

18. Выдавал ли когда-либо суд охранный судебный приказ в отношении вас в связи с жестоким обращением, небрежностью, эксплуатацией с целью получения прибыли или оставлением без присмотра? Если «да», укажите дату, суд и штат, где это произошло.. Да Нет

19. НОМЕР ВОДИТЕЛЬСКОГО УДОСТОВЕРЕНИЯ ИЛИ УДОСТОВЕРЕНИЯ ЛИЧНОСТИ, ВЫДАННОГО ШТАТОМ	20. СРОК ПРОЖИВАНИЯ В ШТАТЕ ВАШИНГТОН ЛЕТ: _____ МЕСЯЦЕВ: _____
21. Я понимаю, что подписываю данное заявление под страхом наказания за лжесвидетельство. Вышеуказанные заявления являются, по моему убеждению, истинными и полными. Я понимаю, что любой ложный или намеренно вводящий в заблуждение ответ или преднамеренное упущение может привести к моей немедленной дисквалификации как поставщика услуг, лица, обеспечивающего уход, обладателя лицензии, подрядчика и/или частного лица, получившего право на уход, за беспомощными совершеннолетними людьми или детьми. Настоящим документом я уполномочиваю Департамент социального обеспечения и здравоохранения (DSHS) получить мою биографическую информацию, включая (но не ограничиваясь) сведения о судимостях, лицензировании, информацию от службы защиты детей и взрослых, а также информацию о профессиональном лицензировании от любого правоохранительного органа, любого федерального органа или органа штата, включая другие штаты и ФБР. Департамент DSHS настоящим документом получает право сообщить результаты этой и любой другой ранее проведенной департаментом проверки биографических данных государственному органу, учреждению, организации или частному лицу, указанному выше.	
22. ПОДПИСЬ ЛИЦА, ПРОХОДЯЩЕГО ПРОВЕРКУ БИОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ	23. ДАТА (СО ДНЯ ПОДПИСАНИЯ ДОЛЖНО ПРОЙТИ НЕ БОЛЕЕ ТРЕХ МЕСЯЦЕВ)

ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ФОРМЫ РАЗРЕШЕНИЯ

Данная форма не будет принята в случае отсутствия или неразборчивости какой-либо обязательной информации, которая необходима для проверки биографических данных.

ЧАСТЬ 1: Заполняется подрядчиком.

1. Обязательно. По возможности используйте наклейку с адресом.
2. Обязательно.
3. Обязательно.
4. Обязательно.

ЧАСТЬ 2: Заполняется заявителем (проверяемым лицом).

5. Необязательно.
6. Обязательно.
7. Обязательно.
8. Необязательно.
9. Обязательно. Необходимо написать «НЕТ», если нет
10. Обязательно. Необходимо написать «НЕТ», если нет
11. Обязательно. Необходимо написать «НЕТ», если нет
12. Обязательно. Указывается полное имя на момент рождения. Если совпадает с пунктами 9-11, необходимо написать «СОВПАДАЕТ».
13. Обязательно. Указываются все прошлые имена в браке (как мужские, так и женские); необходимо написать «НЕТ», если нет.
14. Обязательно. Указываются все прошлые прозвища (как мужские, так и женские); необходимо написать «НЕТ», если нет.
15. Обязательно.
16. Обязательно.
17. Обязательно.
18. Обязательно.
19. Обязательно. Указывается номер водительского удостоверения или идентификационный номер штата; необходимо написать «НЕТ», если нет.
20. Обязательно. Указывается число лет и/или месяцев непрерывного проживания в штате Вашингтон.
21. Прочитайте, прежде чем перейти к пункту 22.
22. Обязательно наличие подписи заявителя или родителя/опекуна, если заявителю не исполнилось 18 лет.
23. Обязательно. Центральный отдел проверки биографических данных должен получить форму подтверждения биографических данных в течение трех (3) месяцев со дня подписания.

Чтобы получить полную информацию о процедурах проверки биографических данных Департаментом здравоохранения и социального обеспечения, пожалуйста, обратитесь к титулу свода законов №. 388 по адресу:

<http://slc.leg.wa.gov/wacbytitle.htm>

После заполнения, пожалуйста, отправьте форму по почте или по факсу как можно скорее:

DSHS Background Check Central Unit
PO Box 45025
Olympia, WA 98504-5025
Тел. 360-902-0299
Факс 360-902-0292